



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_.

Festnetznummer: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_

**Warum suchen Sie unsere Ambulanz auf?**

- wegen Blutungsproblemen
- wegen Thrombose/Embolie/Herzinfarkt/Schlaganfall
- Familienuntersuchung bei Blutungsproblemen bei Verwandten
- Familienuntersuchung bei Thrombose/Embolie/Herzinfarkt/Schlaganfall bei Verwandten
- anderes, nämlich: \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

- Ja, wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_
- Nein

Größe: \_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_ kg

**Fragen zu Blutungsproblemen**

**Besteht eine Neigung zu spontanen Blutungen?**

- Ja
- Nein

**Wenn ja, welche Art von Blutungen bestehen?**

- Zahnfleischblutungen
- Nasenbluten, wenn ja, wie oft pro Monat: \_\_\_\_\_
- Vermehrte spontane blaue Flecken
- Flohstichartige Blutungen der Haut
- Hirnblutung
- Muskelblutung
- Blutiger Urin
- Blut im Stuhl/Teerstuhl oder Bluterbrechen
- Bluthusten/blutiger Auswurf
- Gelenkblutungen
- Sonstige ungewöhnliche Blutungen, wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Sind Sie bereits operiert worden?**

- Ja
- Nein

Wenn ja, tragen Sie bitte Jahr und Art der OP ein. Bitte erwähnen Sie dabei, ob und zu welchen Komplikationen es gekommen ist. Denken Sie an Blutungen, Nachblutungen, Wundheilungsstörungen, Gabe von Blutkonserven, notwendiger Folgeeingriff?

Jahr	Art des Eingriffs	Komplikationen? Welche?

**Haben Sie jemals Blutkonserven oder Plasmaprodukte erhalten?**

- Ja
- Nein

**Hatten Sie jemals eine Blutarmut (Anämie)?**

- Ja, wenn ja, was wurde zur Behandlung gegeben (z. B. Eisen oder Vit. B12): \_\_\_\_\_
- Nein

## Thrombosen, Lungenembolie

**Hatten Sie jemals Thrombosen und/oder Lungenembolien?**

- Ja, wenn ja, bitte Tabelle unten ausfüllen.
- Nein

Jahr	Ort (Bein, Lunge, Arm, Auge, Darm, Hirn, andere)	Auslösende Situation, wie OP, Bettlägerigkeit, Verletzung, Kortisongabe, oder auch „keine“ wenn keine auslösende Situation vorhanden war.

## Arterielle Gefäßverschlüsse

**Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?**

- Ja, wenn ja, wie oft: \_\_\_\_, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_
- Nein

**Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?**

- Ja, wenn ja, wie oft: \_\_\_\_, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_
- Nein

**Hatten Sie jemals einen Infarkt einer Darmschlagader?**

- Ja, wenn ja, wie oft: \_\_\_\_, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_
- Nein

**Hatten Sie jemals einen Verschluss einer Beinarterie?**

- Ja, wenn ja, wie oft: \_\_\_\_, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_
- Nein

**Anderen Verschluss (z. B. Auge)?**

- Ja, wenn ja, wo: \_\_\_\_\_ wie oft: \_\_\_\_, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_
- Nein

## Familienanamnese

**Litt oder leidet einer oder mehrere Ihrer Verwandten an Blutungsneigung und/oder Gefäßverschlüssen?**

- Ja, wenn ja, bitte Tabelle ausfüllen
- Nein

Art der Verwandtschaft, z. B. Schwester, Bruder, Vater, Mutter, Tochter, Sohn?	Art des Ereignis, z. B. Blutungsneigung, Thrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt?

